

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 décembre 1903 à 1 heure

PAR

Roger MAUR

né à Viella (Gers), le 17 Décembre 1876.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ET DE LA MATERNITÉ DE BOUCICAUT

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION

A l'Etude de la Symptomatologie

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SPÉCIALEMENT DANS SA PREMIÈRE PÉRIODE

Président : M. PINARD, professeur

*Juges : MM. BRISSAUD, professeur
ROGER et WALLICH, agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

36858

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

73

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction Publique

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur des Hôpitaux

Chef de service à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION

A l'Etude de la Symptomatologie

principalement dans sa première période

AVANT-PROPOS

L'étude de la grossesse extra-utérine est de date relativement récente, surtout en ce qui concerne la thérapeutique de cette affection. Son étude symptomatique est de tout premier ordre car son diagnostic est une indication impérieuse d'agir.

Les auteurs classiques ont divisé la marche de cette affection en 3 périodes : la 1^{re} période est, de toutes,

la plus intéressante, elle comprend tout cet espace de temps qui précède les signes de certitude, c'est la plus féconde en incidents, en complications, c'est à son étude, surtout, que nous nous sommes attaché. Mais avant d'entreprendre cette étude, nous sommes heureux d'accomplir le traditionnel devoir et d'adresser l'hommage de notre reconnaissance aux maîtres éminents qui dirigèrent notre éducation médicale.

Ce furent d'abord à la Faculté de Bordeaux, MM. les docteurs Baudrimont et Pousson, chirurgiens des hôpitaux, Mandillon et Durand, médecins des hôpitaux dont l'aimable accueil nous permit l'initiation aux principes de la médecine et de la chirurgie.

M. le Professeur Cannieu, voulut bien nous témoigner sa bienveillance et nous le prions de croire que nous gardons toujours de son enseignement un excellent souvenir.

A Paris, nous eûmes la bonne fortune d'être, durant quelques mois, l'élève de M. le Professeur Cornil et de M. le Professeur agrégé Ricard. Nous les prions d'agréer l'hommage de notre gratitude en souvenir du temps passé auprès d'eux.

Nous adressons aussi l'expression de nos vifs remerciements à M. le Professeur agrégé Richaud, qui voulut bien à plusieurs reprises nous donner des marques d'intérêt.

Mais parmi nos maîtres, il en est trois auxquels nous tenons à manifester tout spécialement notre

reconnaissance. Ce sont ceux auprès desquels nous avons passé nos années d'externat.

M. le Professeur agrégé Roger, se montra pour nous plein de bienveillance et nous ne saurions assez le remercier pour les excellentes leçons que nous avons reçues de lui dans son beau service de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, où nous avons pu étudier sous sa savante direction les maladies infectieuses et la médecine en général.

Ce n'est pas sans émotion que nous nous rappelons les quinze mois passés à l'hospice d'Ivry auprès de M. le Dr Rochard, chirurgien des hôpitaux. Nous prions ce cher maître qui toujours fut bon et indulgent pour nous d'agréer l'expression respectueuse de notre attachement.

Nous avons contracté une longue dette de reconnaissance envers M. le Dr Doléris. Ce fut lui qui à notre arrivée à Paris, nous aida de ses conseils et qui dans la suite fut pour nous un aide aussi précieux qu'éclairé.

Il voulut bien nous réserver une place dans son service pour notre dernière année d'externat et nous admettre à ses cours si suivis de gynécologie. Ce fut lui qui nous fournit le sujet de notre thèse et nous permit de la mener à bonne fin.

Nous le prions de croire à notre inaltérable gratitude et à notre entier dévouement.

Enfin nous remercions bien profondément M. le Professeur Pinard pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

C'est en 1885, que Lawson-Tait, le premier, a attiré l'attention sur la fréquence de la grossesse tubaire dans un mémoire intitulé *Grossesse ectopique et Hématome pelvien*. Dans ce mémoire, il établissait le rapport, le lien qui unissait la grossesse ectopique et l'inondation péritonéale.

La trompe est un segment trop différencié du restant des canaux de Muller pour que l'ovule puisse s'y greffer, le placenta s'y insérer, ce segment externe tubaire ne possède point, comme le segment interne utérin, les plexus vasculaires et l'appareil musculaire nécessaires à la nutrition et à l'expulsion du fœtus. En vérité, la trompe possède un revêtement cilié qui s'oppose à l'insertion ovulaire : il faut pour que ce phénomène se produise qu'il y ait une chute des cils, c'est le cas des salpingites desquamatives. Ce phénomène de greffe ovulaire extra-utérine pathologique chez la femme est un fait constant chez les animaux à utérus bicorne.

Toutes ces choses ont été bien mises en lumière par Lawson-Tait, la thèse de Gilchrist (1890), faite dans le service de M. le professeur Pozzi, a vulgarisé la théorie en France. Il est cependant bon d'ajouter et non point pour diminuer le mérite de Lawson-Tait qu'en 1855, Robin (thèse de Fenerly, Paris), dans un cas d'hématosalpingite sans fœtus avait trouvé des villosités placentaires, et Gallard dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires* et (*Annales de gynécologie* (1874), avait insisté sur l'hémato-salpingite avec fœtus.

Or donc, le germe fécondé en dehors de la matrice s'arrête en chemin, se fixe, se développe. Tantôt il se fixe à cet endroit de l'ovaire où le vésicule de Graaf a éclaté, c'est la grossesse ovarique : d'autres fois il se développe entre l'ovaire et le pavillon de la trompe, c'est la grossesse tubo-ovarique : quand il s'arrête en un point de la trompe on la dit suivant les cas, ampullaire, isthmique, interstitielle : enfin, secondairement l'œuf peut se développer, se greffer sur la séreuse, c'est la variété abdominale.

Baudelocque ne décrivait que trois espèces de grossesse extra-utérine, la grossesse ovarique, la grossesse tubaire et la grossesse abdominale.

Dezeimeris a décrit un nombre trop considérable de subdivisions, il distingue :

La grossesse ovarique, la grossesse sous-péritonéopelvienne, la grossesse tubo-ovarique, la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire, la grossesse tubo-utérine interstitielle, une grossesse utéro-tubaire,

une grossesse utéro-tubo-abdominale, une grossesse abdominale. Quelles que soient les variétés, les espèces différentes de cette affection, elles ont toutes à peu près une symptomatologie identique.

Les symptômes de la grossesse extra-utérine sont nettement caractéristiques et permettent de la reconnaître, de la diagnostiquer. C'est une affection qui exige un diagnostic et un traitement rapide.

Abandonnée à elle-même, elle est extrêmement grave elle se termine par rupture du kyste fœtal ou par rétention du fœtus mort. Dans le premier cas, c'est la mort tantôt subite par hémorrhagie interne, tantôt lente par anémie, par hémorrhagies répétées.

Dans le deuxième cas, c'est encore la possibilité d'une rupture, mais c'est plus souvent la possibilité d'infection et l'élimination par voie pariétale, vaginale, rectale, atténuée mêlée de débris kystiques et fœtaux.

Il est certain que lorsque les données permettant de diagnostiquer une grossesse extra-utérine seront plus vulgarisées, on s'apercevra que cette affection est plus fréquente qu'on ne pense, et l'on pourra préserver un plus grand nombre de femmes des accidents qui les menacent.

On peut dire, en fait de grossesse extra-utérine, qu'un diagnostic de cette affection est en même temps que clinique, opératoire : que reconnue, il y a indication impérieuse d'intervenir ; on doit se comporter envers elle comme à l'égard « d'une

tumeur maligne ». L'important, comme disait Levret, est de reconnaître cette « mauvaise grossesse ».

Les erreurs de diagnostic se commettent le plus souvent au début de cette grossesse, or c'est précisément à ce moment qu'il y a intérêt à la déceler.

C'est donc sur les symptômes du début que nous insisterons dans cette étude.

Bouilly, dans son étude de 50 cas de grossesse extra-utérine, conclut que la proportion des grossesses ectopiques arrêtées de bonne heure est considérable comparées à celles qui évoluent après le 3^e mois. Le maximum de fréquence d'interruption se trouve être entre la 3^e et la 5^e semaine : sur 46 cas de grossesses extra-utérines interrompues, il a noté :

42 ruptures entre la 9^e et la 5^e semaine.

1 — à 2 mois et demi.

1 — à 3 mois.

1 — à 3 mois et demi.

1 — à 6 mois et demi.

Les symptômes que nous allons étudier sont de deux ordres, ce sont d'abord les symptômes qui accompagnent une grossesse physiologique et puis ce sont des symptômes qui sont spéciaux à l'affection qui nous occupe.

Les classiques divisent la grossesse ectopique en 3 périodes.

La 1^{re} période comprend les premiers mois alors qu'il n'existe pas encore des signes certains, de certitude de grossesse.

La 2^e commence au moment où l'on constate des signes certains de grossesse.

La 3^e comprend l'étude des symptômes à terme ou après le terme.

Ainsi deux variétés de symptômes.

Symptômes de grossesse et symptômes de grossesse anormale.

Dans certains cas les signes de la grossesse sont peu évidents, ou bien la malade remarque que la gestation actuelle diffère des précédentes, d'autres fois, et presque jusqu'à terme il existe toutes les apparences d'une grossesse physiologique.

Par l'interrogatoire, il est aisé de se rendre compte de la suppression des règles dans la gestation ectopique.

C'est une loi, M. le Professeur Pinard affirme que dans la grossesse extra-utérine, il n'y a pas plus conservation de règles que dans la grossesse utérine ; toutes les fois qu'il y a grossesse, quel que soit le siège de la grossesse, il n'y a pas de règles.

La femme peut bien avoir des hémorrhagies ; mais c'est un sang qui est plus ou moins noir, marc de café, ces pertes sont irrégulières, elles ne sont point périodiques dans leur apparition.

Un fait intéressant se présente, c'est que si le fœtus meurt, les pertes de sang peuvent se régulariser, elles peuvent redevenir périodiques, il s'agit bien cette fois de règles, mais cette réapparition de règles se fait quand la grossesse a cessé, quand l'enfant est

mort, il n'y a alors pas de grossesse, il y a « kyste foetal » (Pinard).

Les seins deviennent un peu plus volumineux, plus sensibles surtout à l'endroit de la région mamelonnaire, un peu plus tard parfois il s'écoule, par pression, du colostrum.

Les vomissements sont fréquents, ils sont muqueux, bilieux, alimentaires, les malades conservent souvent l'appétit et peuvent s'alimenter dans leur intervalle.

Il y a des troubles nerveux fréquents, des tendances à la syncope, des lipothymies, du vertige particulièrement fréquent dans les cas de grossesse extra-utérine.

Les taches jaunâtres que l'on observe sur le front, les joues, qui constituent la marque de la grossesse sont loin d'être, dans le cas qui nous occupe, fréquentes.

A côté de ces signes de gravidité normale qui nous apparaissent, suivant les cas, plus ou moins intenses dans leurs caractères, nous devons nous attacher maintenant à préciser ceux qui sont spéciaux à la grossesse ectopique, et on a successivement décrit les douleurs, les écoulements, les troubles de la miction, les troubles de la défécation, les troubles généraux et, les signes physiques.

Les douleurs existent presque constamment, elles sont significatives, ont des caractères tranchés, personnels et se produisant chez une femme enceinte doivent faire comprendre au praticien qu'il existe

quelque chose d'anormal et faire rechercher la grossesse tubaire.

Elles peuvent se produire vagues, dans le bas ventre, dans la région de l'utérus, mais le plus souvent du côté de la trompe malade ; ces douleurs, généralement profondes, peuvent s'étendre à distance, avoir des irradiations vers les reins, les lombes, le pubis, la région inguinale, l'ombilic, la cuisse, le genou.

Ce sont des coliques et volontiers les malades les comparent aux douleurs de l'accouchement. Ces douleurs reviennent de préférence au moment des époques menstruelles et obligent la femme à une immobilité à peu près complète, l'obligeant à garder le lit pendant plusieurs jours.

A chaque nouvelle période menstruelle elles réapparaissent et de plus en plus intenses et de plus en plus prolongées. C'est avant l'écoulement qu'elles commencent, c'est pendant l'écoulement qu'elles sont surtout violentes et puis graduellement elles diminuent, persistant encore après la cessation du flux menstruel. Quelquefois même ces douleurs existent d'une façon continue, dans l'intervalle et pendant la menstruation, mais alors même elles présentent à chaque menstruation des exacerbations régulières qui sont tout à fait caractéristiques.

A certains moments il se fait comme des poussées péritonitiques, les douleurs ne font que s'accroître, le ventre se ballonne, est douloureux, tout contact avec la paroi abdominale détermine des souffrances vives ainsi que cela se produit au cours d'une périto-

nite. L'on cite le cas d'une femme chez laquelle pendant deux mois le contact de la couverture ne put être supporté.

Cazeaux a remarqué des cas où les malades ne pouvaient se coucher sur un côté.

Le calme revient généralement après les accès et les femmes peuvent alors se relever, marcher, en un mot vaquer à leurs occupations.

Quelquefois ces douleurs s'atténuent, disparaissent, cela coïncide avec la mort du fœtus, mais parfois par leur acuité elles donnent l'illusion d'un faux travail et l'on est alors obligé d'avoir recours aux injections de morphine.

Par la pression à travers la paroi abdominale, à travers le vagin ou le rectum : mais mieux encore par le palper bimanuel, l'on possède un moyen de réveiller cette douleur. C'est surtout quand la trompe est interposée entre la main abdominale et le doigt introduit dans le vagin que la douleur se produit et s'exagère. Il en est de même quand la malade se tient debout, marche, fait des efforts. Les rapports sexuels sont de même une cause provocatrice de ces douleurs.

L'écoulement et l'écoulement sanguin disons-nous, fait rarement défaut, il peut bien apparaître à la période cataméniale, donner l'illusion des règles, mais ce ne sont pas des règles vraies, il lui manque la périodicité constante, la quantité, la durée et puis la couleur de cet écoulement n'est pas toujours rouge vif ou rose ; souvent c'est une coloration noirâtre,

marc de café, de rouille, on a encore dit couleur chocolat, c'est un sang qui paraît depuis longtemps être sorti des vaisseaux.

Ces pertes apparaissent après les douleurs ; mais plus tard, après les douleurs, on peut trouver dans les écoulements des lambeaux d'une peau épaisse, la caduque.

C'est un signe excellent et cependant il peut induire en erreur, on croit quelquefois à l'expulsion d'un œuf et l'on considère l'avortement comme effectué.

On a insisté sur la différenciation de la caduque vraie et de la muqueuse utérine hypertrophiée dans les cas de dysménorrhée membraneuse.

Frérikel reconnaît qu'histologiquement on ne peut affirmer par l'examen histologique de la caduque l'existence d'une grossesse ectopique.

Ajoutons qu'il est bon d'être pénétré, que l'expulsion de la caduque n'entrave en rien le développement de l'œuf.

Nous avons dit au début de cette étude qu'il y avait des troubles de la miction et de la défécation, ceux-ci prédominent tantôt sur la vessie et tantôt sur le rectum. Plusieurs fois pendant la nuit les malades sont obligées de se lever. Avant l'examen, il faut toujours rechercher l'état de la vessie au point de vue de sa contenance, rechercher encore la direction de cet organe parfois dévié. Pinard a constaté une vessie refoulée en bas et à gauche dans l'excavation, quelquefois au contraire elle remonte dans l'abdomen.

Souvent il existe de la constipation, cela tient

vraisemblablement au siège de la tumeur fœtale et appartient à un phénomène purement compressif. Le plus souvent ce sont des douleurs qui accompagnent les actes physiologiques.

Les troubles généraux se présentent surtout dans les complications, si l'on a une hémorrhagie interne il y a de l'hypothermie, de la décoloration des téguments et des muqueuses, de la petitesse et de la fréquence du pouls.

L'infection péritonéale se manifeste par des nausées, des vomissements, du météorisme, de l'élévation de température.

L'examen physique de la malade doit être fait avec toute la rigueur clinique possible. On prendra, à cet égard toutes les précautions auxquelles on a recours pour l'examen d'une femme enceinte. La malade sera couchée sur le dos, l'appareil intestinal ayant été préalablement évacué, les bras placés le long du corps, les jambes légèrement écartées, la paroi abdominale découverte depuis le pubis jusqu'à la région épigastrique.

La femme doit être rapprochée du bord du lit, la main du praticien étant à une température convenable pour ne point déterminer une contraction de la paroi.

La vue, dit Pinard, est le plus souvent frappée par la physionomie étrange du ventre, l'aspect général, les reliefs différents de ce qu'ils sont dans une grossesse normale.

Les signes varient suivant l'époque à laquelle la femme est examinée :

Tantôt c'est une tumeur qui apparaît, n'ayant pas la forme de l'utérus gravide qui se penche généralement à droite et possède des contractions indolores, c'est au contraire une tumeur ne paraissant pas ainsi que dit Pinard, en rapport avec le développement d'un organe.

Parfois deux tumeurs sont visibles, l'une fœtale et l'autre utérine, la vessie pleine peut donner naissance à une troisième tumeur aussi est-il nécessaire de vider la vessie avant l'examen.

Par le palper cette tumeur n'est généralement point mobile, n'est pas sur la ligne médiane et repousse l'utérus en avant ou sur les côtés, cela suivant le siège de la tumeur. Ce kyste fœtal remplit plus ou moins l'excavation suivant la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on a affaire.

Par le palper et le toucher ces signes se distinguent facilement, on reconnaît de plus l'utérus hypertrophié par instants se contractant quand le fœtus est vivant, le corps utérin formant avec la tumeur un angle et lui étant uni par une pédicule.

Par le toucher on se rend compte de la déviation utérine, le col est devenu plus volumineux, mais ne présente point ce ramollissement caractéristique de la grossesse, en un mot les modifications du col ne sont point en rapport avec l'âge de la grossesse.

Il est important de pratiquer ces examens, comme nous l'avons dit après évacuation préalable du

rectum : dans la littérature médicale on trouve des observations où une tumeur fécale, avec douleurs et empâtement iliaques firent croire à une grossesse extra-utérine. Denicli (Revue et mémoire d'obstétrique, 1900) et Struison (New-York Med. Journ.) ont rapporté des faits absolument probants à cet égard.

Si le cours de cette affection n'a pas été interrompu par une complication brutale et affolante comme la rupture, qu'on atteigne le cinquième mois, les symptômes se précisent encore mieux, il est rare ajoutons-le que le produit de la conception se développe jusqu'à cette époque.

Les troubles sympathiques de la grossesse sont encore plus marqués, l'abdomen augmente de volume, les troubles de compression apparaissent.

Si le kyste fœtal est en quelque sorte à fleur de peau si les parois qui délimitent le kyste ne sont point trop épaisses, on peut percevoir les parties fœtales, on peut percevoir le ballottement, mais que les parois soient épaisses, qu'il y ait un peu d'hydramnios et ces signes seront absents.

Il faut toujours dans ces cas rechercher l'utérus à côté de la tumeur pour asseoir le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'auscultation permet de percevoir le souffle et les bruits du cœur fœtal.

Le toucher montrera toujours un col ramolli, mais d'un ramollissement peu accusé ; en outre ce col sera dévié, parfois placé contre la symphyse

pubienne, parfois latéralement et parfois en arrière au voisinage de l'angle sacro-vertébral.

Sans qu'il y ait rupture le fœtus peut mourir, la rétention du fœtus mort s'annonce par la disparition des battements fœtaux s'ils étaient perçus, le col ne revient à sa consistance normale qu'un mois environ après la mort du fœtus. Si la mort du fœtus survient dans les premières semaines l'œuf peut se résorber, c'est un mode de guérison ; à une étape plus avancée la résorption est difficile et alors la femme est toujours sous le coup d'une rupture possible.

Le kyste peut suppurer, l'infection peut avoir trouvé sa source soit dans l'intestin, soit intratubaire, soit vasculaire, il peut alors se produire des péritonites généralisées ou localisées causes de septicémie. L'abcès s'ouvre parfois dans la vessie, dans le rectum, à travers la paroi abdominale, l'ombilic, le vagin, l'utérus même, ainsi que cela a été observé par Parry.

Si le kyste demeure stérile, le liquide peut se résorber, les membranes s'épaissir, c'est alors une momification, dans d'autres cas le fœtus subit la dégénérescence calcaire, l'on a alors un lithopédion.

Il faut aussi se rappeler, d'après Pinard, que dans certains cas exceptionnels, la grossesse ectopique peut évoluer jusqu'à terme sans déterminer le moindre accident ni le moindre trouble fonctionnel.

On a signalé encore comme symptôme quand le

foetus était avancé en âge et qu'il avait succombé, la crépitation osseuse fournie par les os de la tête, ce signe peut mettre sur la voie du diagnostic.

Nous avons envisagé ici le cas le plus fréquent, la grossesse tubaire, certains auteurs ne reconnaissant même que celle-là, cependant il est des grossesses ovariennes abdominales, il y a des œufs développés dans une corne utérine rudimentaire, et dans la trompe elle-même l'œuf peut se greffer en des portions diverses, aussi le terme de grossesse ectopique est-il certainement préférable.

On a dit que la tumeur dont nous avons étudié les différents caractères était située, plus à droite qu'à gauche, c'est douteux ; du reste il est des cas où la tumeur est bilatérale, la gemellité dans les cas de grossesse extra-utérine a été observée, l'on a vu deux œufs dans une même trompe, fécondation uni-vitelline, l'on a vu un œuf dans chaque trompe, fécondation bivitelline, parfois une nidation tubaire et une gestation utérine. L'on a signalé une grossesse intraligamentuse, certains auteurs la considèrent comme pseudo-intraligamentuse, il ne s'agirait que d'une adhérence de la trompe gravide avec le feuillet postérieur du mésométrium.

La classification des grossesses tubaires est surtout basée sur le siège primitif de l'œuf dans la trompe, c'est une grossesse suivant les cas dite : interstitielle, isthmique, ampullaire, infundibulaire ; ces tumeurs peuvent avoir une expansion abdominale ou intraligamentaire.

La grossesse interstitielle, l'œuf étant développé dans la portion intra-utérine de la trompe, est rare, contestée même par quelques auteurs, le kyste fœtal ne fait qu'un avec l'utérus, c'est dans ces cas surtout qu'il est aisé de confondre une grossesse utérine et une grossesse interstitielle, d'ailleurs l'œuf peut s'échapper par l'utérus, c'est alors un avortement, Martin, Léopold ont observé de ces cas et le placenta était demeuré à son point d'insertion.

Les grossesses isthmiques sont de même rares Webster (*Ectopic Pregnancy*) dans une étude sur les grossesses tubaires ne fait aucune mention des grossesses isthmiques, d'après Couvelaire ce qui caractérise ces grossesses c'est l'expansion abdominale libre, c'est l'interruption très précoce de la grossesse par apoplexie ovulaire s'accompagnant de rupture primitive intra-péritonéale du sac et d'hémorrhagie intra-péritonéale diffuse.

La plus commune, la plus banale peut-on dire, des grossesses tubaires est la grossesse ampullaire, ici il s'agit d'une tumeur reliée à l'utérus par un pédicule et mobile grâce au mésosalpinx, aussi n'est-il point rare de trouver en ce cas la trompe gravide tombée en arrière dans le cul-de-sac de Douglas ayant entraîné avec elle l'ovaire.

Ces kystes ampullaires se rompent plus tardivement ; faut-il invoquer la structure, l'extensibilité de l'ampoule ? Quoiqu'il en soit la rupture quand elle se produit, se produit avec ou sans hématoecèle.

Les signes demeurent à peu près les mêmes quand

l'œuf se greffe sur les parois de l'infundibulum, sur ces franges disposées en corolles (grossesses finibriaires) (cas de Zweifed et Martin). Herzog a signalé le cas exceptionnel d'un œuf développé dans un pavillon accessoire.

La grossesse ovarique qu'elle soit interne ou bien ovarique externe n'est point tout à fait exceptionnelle, les observations de Puech, Consthemis, Mouratoff, Mackenrodt en font foi.

L'examen montre une tumeur pédiculée, rattachée à l'utérus par un ligament qui n'est autre que le ligament utéro-ovarien.

L'ovaire en ce cas est dissocié, la trompe ne présente aucune connexion organique avec le kyste.

La greffe ovulaire peut se faire sur la séreuse, c'est la grossesse abdominale, elle est le plus souvent secondaire, l'on a alors les signes d'une tumeur de l'abdomen.

La vésicule fécondée, se développant, adhère à la séreuse et aux organes voisins, pour contracter ces adhérences. Velpeau disait qu'elle s'enveloppait se recouvrait d'un chevelu semblable au velouté de la racine des plantes.

Enfin des cas ont été bien étudiés où, un défaut de soudure des conduits de Muller existant, la grossesse se développait dans la corne-utérine rudimentaire (Kleinwachter, *Encycl. Jahrbücher von. Futenburg*, 1895, et par Beckmann, *Zeitsch. für Geb. und Gynæk*).

Cette tumeur ovoïde juxta-utérine, se développant

progressivement et rapidement, peu mobile, sensible au toucher déviant l'utérus dans un sens ou dans l'autre doit être bien étudiée, ces caractères nous permettront de la différencier d'autres tumeurs du voisinage.

Les salpingites ont avec elles les phénomènes infectieux antérieurs et la fièvre.

Les kystes ovariens, périovariens ont prêté souvent à confusion, tel le cas de Pichevin rapporté au Congrès de Bruxelles (1894), tel le cas de Gottschalk.

La rétroversion de l'utérus gravide est quelquefois difficile à différencier, dans les deux cas il existe les phénomènes sympathiques de la grossesse, des phénomènes douloureux et la compression vésicale et rectale.

Il faudra songer à éliminer l'avortement, mêmes signes de grossesse : douleurs, hémorrhagies ; mais à côté de l'utérus il y aura dans le cas de grossesse ectopique une tumeur tubaire.

Dans l'étude clinique de la grossesse extra-utérine il nous faut retenir que la première période est la plus importante, comme nous l'avons déjà dit c'est la période des complications, la plus importante de toutes est la rupture.

L'œuf en ectopie dans la trompe peut faire route vers l'utérus, c'est surtout le cas des grossesses interstitielles souvent alors difficiles à distinguer de l'avortement utérin, ou bien, il peut s'agir quand le siège de l'œuf est ampullaire, que l'ostium abdominal est

perméable, d'un avortement tubo-abdominal, le placenta peut demeurer dans la trompe : l'hémorrhagie dans ces cas est d'abondance variable, elle peut atteindre des proportions notables, et deux fois M. Doléris a trouvé plus d'un litre de sang.

L'avortement peut être tubaire, à un moment donné les villosités choriales s'atrophient, les laes sanguins s'ouvrent et il se produit de petites hémorrhagies, en un point la trompe se dilate.

L'hématosalpinx ne serait qu'un avortement tubaire avec rétention et M. Doléris (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (avril et mai 1900) a bien mis en relief les divers phénomènes susceptibles d'accompagner cet accident.

Quelquefois vers le 7^e ou 8^e mois, le plus souvent quand la grossesse est extra-utérine et arrivée à terme, l'on voit survenir une série de symptômes analogues à ceux qui marquent la période de travail dans un accouchement utérin et ces symptômes sont à ce point identiques que les femmes se trompent et croient qu'elles vont accoucher. Les douleurs surviennent avec les mêmes caractères, il se produit des hémorrhagies d'abondance variable, la main abdominale ne perçoit point de tumeur se contractant au moment des douleurs, de plus le toucher, s'il montre un col dilaté, permet aussi de s'assurer de la vacuité de l'utérus.

Il nous reste maintenant à envisager le cas le plus fréquent, le plus commun parmi les évolutions des gestations tubaires : l'hématocèle utérine. Nous n'y

insisterons point, cette affection étant bien connue et depuis longtemps décrite.

Très discutée dans sa pathogénie, l'on a incriminé successivement le péritoine, les plèvres pelviennes, puis l'ovaire, la trompe, l'utérus jusqu'à ce qu'on arrive à la théorie actuelle universellement admise, la grossesse ectopique cause unique de l'hématocèle péri-utérine. L'épanchement est presque toujours recto-utérin, les épanchements sanguins anti-utérins seraient consécutifs à un cloisonnement ancien du cul-de-sac postérieur.

Quand la rupture a lieu dans le péritoine, deux cas peuvent se présenter :

1° Il s'agit d'une hématocèle foudroyante, c'est la mort subite, celle qui fait croire à un crime et qui n'est pas sans rappeler quelques traits de la mort rapide par suite de la rupture de l'ulcère rond gastrique. C'est ce cas que les médecins légistes sont appelés à examiner.

La mort survient alors à la suite d'un effort, d'une fatigue chez des femmes jeunes, paraissant en excellente santé.

C'est l'hématocèle dramatique, cataclismique.

Un frisson, une douleur vive, une sensation de craquements, de déchirements. La douleur présente une acuité qui atteint dès le début son maximum d'intensité.

Dans quelques cas, c'est la syncope qui ouvre la scène, chaleur subite, affaissement, la face et les

muqueuses sont décolorées, le pouls est petit, filiforme. En peu d'heures, la mort survient.

Formad en a rapporté 19 cas, observés par lui en l'espace de 4 ans (*Ann. Gyn. Association*, sept. 1889).

L'on cite un cas où un toucher maladroit provoqua l'hématocèle rétro-utérine : heureusement le diagnostic fut fait à temps, la malade put être opérée et guérir.

Dans le 2^e cas, les symptômes sont plus adoucis, le sang épanché s'enkyste, cette hématocèle est cependant sujette à des récidives.

Lawson-Tait a même soutenu que les débris du placenta pourraient se réimplanter en parasites sur le péritoine pariétal ou viscéral et créer ainsi des points de départ pour des hémorragies successives.

Lorsque la malade reprend ses sens, elle se plaint de douleurs à forme de coliques ou expulsives.

Ces douleurs sont suivies de symptômes dus à la révolte péritonéale.

Le ventre se tend, se ballonne ; il se produit un état nauséux accompagné de vomissements alimentaires, bilieux et, suivant l'intensité de la réaction péritonéale, pouvant devenir porracés.

Le pouls, petit, rapide.

La température baisse au moment de l'hémorrhagie pour remonter après.

Par le toucher, on se rend compte que le petit bassin est rempli par une masse qui repousse l'utérus en avant, col remonté et aplati, derrière le pubis.

La masse efface le cul-de-sac vaginal postérieur et proémine fort dans le vagin.

Presque toujours, on constate par le toucher l'existence d'un écoulement quelquefois sanglant, le plus souvent de teinte ocreuse, chocolat.

Cet épanchement peut se résorber.

Il peut être le début d'accidents septicémiques et conduire la malade à la mort ; il peut encore se faire jour à travers les organes environnants.

Il est à noter qu'à l'époque menstruelle, souvent, ces collections augmentent par suite de la production de nouvelles hémorrhagies.

Dans l'étude de l'hématocèle rétro-utérine, on n'insiste point assez sur les troubles de compression déterminés par cette collection pelvienne. L'utérus, le rectum, la vessie, sont organes solidaires et constituent ce qu'on appelle en pathologie le trépied pelvien.

L'incontinence, la rétention ne sont point symptômes rares au cours de l'hématocèle. On a observé du catarrhe intestinal, des troubles dysentériques, des œdèmes des membres inférieurs par compression veineuse, les névralgies lombo-sacrées ont été plusieurs fois signalées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse extra-utérine. — Intoxication par des poisons oxitoxiques. — Anurie. — Inondation péritonéale. — Laparotomie.

La nommée P..., Lucie, âgée de 44 ans, entre le 10 novembre 1899.

Réglée à 10 ans, depuis toujours bien réglée.

Deux enfants, couches pénibles, mais accouchements spontanés.

Bonnes suites de couches.

Un garçon de 15 ans.

Une fille de 7 ans.

Et une fausse-couche.

Dernières règles le 21 septembre 1899. Elle doit revoir le 21 octobre. Comme les règles ne reviennent pas ce jour là, la malade s'en impressionne beaucoup, se croit enceinte, et comme elle redoutait beaucoup cette éventualité, cherche à faire revenir ses règles, en absorbant de l'eau-de-vie allemande, s'étant laissé dire que ce purgatif pourrait lui ramener ses époques. Elle prend ce purgatif le 22.

Le 23, elle prend deux pilules de Dechaud; elle est alors prises de coliques violentes qui se calment bientôt.

Le 24, comme ses règles ne reviennent pas, elle prend du seigle ergoté en assez grande quantité qui détermine des douleurs abdominales.

Les 28, 29, ses règles ne reviennent pas, elle fait des injections dans le col avec une canule.

Le 4, 5, elle est sujette à des *syncopes*, le 7, la *syncope* est *alarmante*. La malade fait venir un médecin qui l'adresse à l'hôpital.

Etat actuel à l'entrée, 10 novembre :

Très affectée, facies terreux, subictérique, conjonctives décolorées, langue blanche, sèche, écaillée.

Pupilles contractées, réagissent peu à la lumière. Tempér. 38°.

Pouls 124, petit, facilement dépressible.

Ventre légèrement ballonné, mais souple.

Utérus gris, semble fibromateux, remontant jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic et déjeté à droite.

Col très haut, ne paraît pas modifié.

A gauche, dans le bassin, on trouve une zone de matité et une tumeur presque fluctuante, se déplaçant assez facilement.

Cœur. — Battements réguliers, rapides, assez bien frappés. Pas de souffle.

Foie. — Semble petit, ne dépasse pas les fausses-côtes.

Rate. — Ne se perçoit pas à la percussion.

Urines. — Chargées d'urates sont albumineuses.

La malade est traitée par le repos, la glace sur le ventre.

Le 13 novembre 1899. — Zone de matité ci-jointe remontant au dessus de l'ombilic, l'utérus est en latéroversion droite, le col haut situé.

Le 15 novembre. — On sent, au palper de la fosse iliaque gauche, des parties dures, irrégulières, l'utérus est déjeté à droite l'hystéromètre donne 9.

Le 25 novembre. — Intervention, incision de la paroi abdominale très vasculaire, on voit, à gauche, une tumeur du volume d'un œuf de dinde, tendue, de coloration brune, formée par l'annexe correspondant distendu ; on en fait l'ablation. A droite on fait l'ablation d'un pyosalpinx.

Puis on retire la valeur d'un litre environ de sang noir. On nettoie la cavité abdominale, on draine, on suture (L'ouverture de la tumeur gauche, montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire).

30 novembre. — Mort.

OBSERVATION II

Ob. inéd. Service de M. le Dr DOLERIS.

La grossesse extra-utérine droite (persistance des règles lipothymies.) — Laparotomie le 20 avril 1902.

Mad. Th..., âgée de 36 ans, entrée le 16 avril.

Père bien portant.

La mère a succombé à 47 ans, à la suite d'un cancer de l'utérus. Elle était très nerveuse, parfois avait des crises qui survenaient après des émotions ou des chagrins, un peu vifs ; sur cinq enfants qu'elle eut, quatre sont vivants.

Dans sa première enfance, on ne constate aucune maladie. Son caractère est facilement irritable, c'est une émotive.

À l'âge de 14 ans elle est réglée, facilement.

Pas de chloroanémie.

Les règles arrivaient de façon régulière.

Tous les 26 jours, leur durée habituelle était au maximum de 3 jours, l'écoulement sanguin était faible. Le premier jour les règles étaient douloureuses.

Mariée à 26 ans.

Ni enfant, ni fausses-couches.

Après le mariage, les règles sont demeurées régulières, la leucorrhée apparaît mais n'existe plus depuis six ans. Cette leucorrhée ne s'accompagnait d'aucune douleur. À aucun moment il n'y a eu dans l'histoire de la malade des signes de gonococcie.

À la fin de septembre 1901, la malade éprouva des nausées le matin, mais peu de vomissements. Les seins avaient augmenté de volume, mais légèrement, et elle éprouvait quelques picotements ; le mamelon et l'aréole sans être plus volumineux avaient notablement bruni.

Un peu plus tard la pression du mamelon pouvait faire sourdre quelques traces de colostrum.

Le ventre est augmenté de volume, mais point de pigmentation sur la ligne blanche.

Malgré tous ces signes rationnels de grossesse, les règles

avaient persisté et revenaient à leur période fixe, ni plus abondantes, ni plus douloureuses.

En décembre cependant, les règles furent absentes.

En novembre et décembre il y eut une expulsion de quelques lambeaux de muqueuse utérine et d'une petite quantité de sang, mais pas de caillots.

Le même fait s'est reproduit deux fois.

De plus, il s'est produit du côté du système nerveux des modifications de caractère; devenant plus irritable, elle eut de la dyspnée, vraisemblablement nerveuse.

Vers le mois de janvier des douleurs apparurent, revêtant la forme d'élançements, apparaissant brusquement et siégeant à droite, dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs étaient suivies d'affaissement nerveux, de lipothymies, mais il n'y eut pas de syncope vraie. Pas de montée laiteuse.

Ces douleurs, depuis quatre mois, ont disparu et les règles ont continué à venir régulièrement.

Au mois de mars, elle s'adresse à un médecin qui, constatant une tumeur péri utérine, l'adresse à M. le Docteur Doléris, dans le service duquel elle est admise le 16 avril.

A son entrée, l'examen nous montre un ventre non ballonné, une peau qui, à droite, se contracte à l'attouchement.

Le toucher vaginal permet d'atteindre le col, un peu remonté mais non ramolli.

Par le palper combiné au toucher, on sent, à droite une masse de consistance semi liquide, relativement mobile, de la grosseur du poing.

L'utérus est latéroversé à gauche.

La palpation n'est point douloureuse.

Laparotomie le 24 avril 1902. Chloroforme.

Incision de la paroi abdominale de 0,10 à 0,12 centimètres.

Pas de sang liquide épanché dans l'abdomen.

L'utérus est un peu volumineux, refoulé vers la gauche. Les annexes droites, ovaire et trompe rupturée sont logées en arrière et dans le cul-de-sac de Douglas ; elles sont adhérentes à de l'épiploon, mais on arrive facilement à les décoller. Pas de sang pas de caillots, sauf, à la partie moyenne de la trompe droite où un petit caillot, ancien, de la grosseur d'une noix, a fait issue par une effraction de la paroi rompue. Un clamp est placé sur la base du ligament large. Extirpation des annexes droites, ligature en chaîne du pédicule.

Les annexes du côté gauche paraissent normales.

Drainage abdominal, deux drains.

Suture du péritoine (surjet au catgut), de la paroi musculaire et de la peau (un plan de crins).

Injection de sérum artificiel, sous-cutanée de 500 grammes.

Suites opératoires, simples. Le drainage abdominal est enlevé le 4^e jour. Guérison.

OBSERVATION III

Grossesse extra-utérine, trompe gauche rompue. — V^e pare.

Laparotomie d'urgence (décembre 1900).

La nommée A..., Marie, 36 ans, toujours en bonne santé, à eu 3 enfants venus à terme, spontanément ; 2 sont vivants, l'un est mort à 4 ans des suites d'une rougeole.

Un avortement de 3 mois fait en mars 1900, chez elle ; elle a, quelque temps, après de la fièvre et est obligée de se faire soigner à Necker.

Depuis cet avortement, pertes continuelles ; le 28 juin, curetage à Necker et, depuis cette époque, la malade va bien.

En juillet, août, septembre et octobre les règles reviennent en quantité habituelle, et le 20 du mois.

Le 20 novembre, une seule petite tache de sang sur le linge.

Aucun symptôme de grossesse.

9 décembre 1900. — Vers 11 heures du matin, sans aucune cause préalable, la malade ressent une forte douleur dans le côté gauche de l'abdomen avec sensation de déchirement. Deux vomissements noirâtres, on l'amène en ambulance à 2 h., 30 du soir avec le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

L'état général est mauvais, la température est à 97 $\frac{4}{10}$, le pouls filiforme, le facies pâle, exsangue, lipothymies, tendance à la syncope, douleurs excessives dans l'abdomen, pas de perte de sang extérieurement ; éther, caféine, 300 grammes de sérum artificiel à 5 h. du soir. Intervention. Laparotomie.

Avant l'incision du péritoine, on voit par transparence l'inondation sanguine totale du péritoine ; celui-ci incisé la malade étant encore dans la position horizontale, on se rend compte qu'il existe du sang liquide dans tout l'abdomen. On le laisse écouler par la plaie abdominale, on saisit le fond de l'utérus et une pince est mise à la base du ligament large. On éponge le sang contenu dans le petit bassin, on enlève les nombreux caillots qui remplissent le cul-de-sac de Douglas, on se rend

compte que la rupture tubaire est de petite dimension, étendue comme une pièce de o fr. 50 centimes et qu'elle siège au niveau de sa portion interne, dans le voisinage immédiat de la corne utérine. On est obligé de placer la ligature du pédicule utérin en pleine substance utérine ; ligature du pédicule externe, ablation de la trompe et de l'ovaire. Drain et mèche dans le cul-de-sac de Douglas ressortent par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Suture en un seul plan au fil d'argent.

Immédiatement après l'intervention, injection de 600 grammes de sérum.

Le pouls qui n'était plus perceptible, réapparaît.

Suites opératoires. — Le drain est retiré le 5 juin. Guérison.

OBSERVATION IV

Hématocèle. — Colpotomie (juillet 1899).

Mme J..., âgée de 37 ans.

Parents bien portants.

Etant enfant a eu la rougeole, la variole.

A l'âge de 15 ans, la menstruation s'établit, toujours régulièrement réglée depuis. Règles douloureuses et abondantes.

Mariée à 22 ans.

1^o Grossesse à 24 ans, accouchement spontané à terme, fille vivante, allaitée pendant 15 mois.

À la suite de cet accouchement, les règles reparaissent beaucoup moins douloureuses, de même les douleurs abdominales intermenstruelles se calment.

2^o Grossesse à 33 ans, accouchement spontané à terme, fille vivante. Allaitée 12 mois.

Rien de particulier après ces accouchements.

3^o grossesse à 36 ans, accouchement spontané, à terme, fille vivante, allaitée 14 mois.

La malade déclare avoir eu une grossesse difficile, obligée de garder le lit pendant les 4 derniers mois à cause des douleurs abdominales continues. Pendant les 4 mois qui ont suivi l'accouchement, la malade va bien ; puis des douleurs réapparaissent, qui deviennent intolérables et déterminent le repos au lit. Les règles réapparaissent en mars 1899, se renouvellent en avril-mai.

En juin, juillet, pas de règles, mais la malade remarquait depuis un mois que son linge était taché de sang.

Il y a un mois, à la suite d'une longue marche, elle est prise d'une douleur violente et subite qui nécessite un transport chez elle, cette douleur est très violente, siège surtout à gauche et est analogue aux douleurs de l'accouchement.

Le repos au lit les calme un peu, mais comme elles ne disparaissent point, la malade entre dans le service le 22 juillet.

L'état général est assez bon. Pas de fièvre. Les reins sont peu développés. La pression de la base du mamelon ne fait point sourdre du colostrum.

Le col utérin est légèrement entr'ouvert, non ramolli, de volume normal ; il est haut situé dans l'excavation et reporté en

avant vers la symphyse. Par l'orifice interne il sort un liquide noirâtre.

L'utérus déborde la symphyse pubienne, est déjeté à gauche et plaqué en avant contre la paroi abdominale.

Dans le cul-de-sac de Douglas on sent une masse remplissant l'excavation, refoulant l'utérus en avant; son contour supérieur n'est pas nettement perceptible, sa consistance est molle.

12 juillet. Colpotomie, drainage jusqu'au 1^{er} août. Depuis ce moment, rien à signaler. Sort sur sa demande le 11 avril pour aller au Vésinet.

OBSERVATION V

Observation. Service de M. le Dr Doléris.

Lipothymies et syncopes.

Marie R..., âgée de 28 ans.

Grande masse de tissus un peu débiles, bonne santé habituelle sauf tendance à la névropathie, elle pleure facilement, facilement elle a des lipothymies.

Elle a été surmenée par six grossesses, coup sur coup, mais toutes menées à terme. A nourri tous ses enfants.

Les premiers mois de l'année 1896 ont été marqués pour elle par des émotions de toute nature.

Les menstrues abondantes, régulières, se sont suspendues en mars.

Très peu de symptômes réflexes de grossesse, sauf augmentation de volume des reins.

Il y a des tendances fréquentes à la syncope.

Au mois d'avril, elle se plaint de douleurs abdominales vagues qui deviennent plus vives au mois de mai : celle-ci s'affaiblit progressivement et finit par garder le lit.

A huit jours d'intervalle, elle a 3 crises douloureuses, avec ballonnement abdominal, vomissement, facies grippé, syncopes, pâleur, sueurs abondantes, alimentation presque impossible, constipation, amaigrissement rapide.

Vers la fin du mois, la famille très inquiète du dépérissement de la malade et de son état de faiblesse, sur les conseils, du Dr Bertuille l'adresse à M. le Dr Doléris.

L'abdomen est tympanisé. L'hypogastre est occupé par une tumeur résistante, plus saillante et plus développée à gauche. Le cul-de-sac de Douglas est déprimé et rempli par une masse compacte. Le col utérin fixe, immobile, occupe à peu près le centre de cette masse, le rectum est très comprimé et la constipation opiniâtre.

La malade est très faible et souffre continuellement.

La température depuis cinq à six jours est entre 38°5 et 39°.

Le pouls à 100, petit, irrégulier.

Le diagnostic porté fut celui de grossesse tubaire.

La laparotomie fut pratiquée le 31 mai, par M. le Dr Doléris. Dès l'ouverture de l'abdomen on tombe sur un amas de caillots recouvert par l'épiploon imbibé de sang.

La trompe gauche est largement rompue au niveau de l'ampoule : énormément hypertrophiée, elle est séparée d'avec les anses intestinales agglutinées.

Evacuation de mille grammes environ du sang coagulé ou liquide. Le foyer hémorrhagique s'étend des deux côtés de l'utérus. On peut séparer des parois tubaires, une masse placentaire noirâtre et infiltrée de sang.

Résection de la majeure partie de la trompe, dont les parois sont très friables.

Suture au catgut.

Les annexes droites sont intactes ; elles sont nettoyées et laissées en place. Une partie du placenta, très adhérent, est laissée en place.

Drainage et suture des parois abdominales.

Suites régulières. La guérison est complète au bout d'un mois.

Le drainage fut maintenu jusqu'à complète élimination des débris placentaires.

Les fonctions intestinales se rétablissent facilement et l'alimentation est rigoureusement surveillée pendant les deux premières semaines.

Grossesse normale et accouchement à terme le 11 octobre 1898.

OBSERVATION VI

Mme G..., 92 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

A 15 ans, a la fièvre typhoïde, depuis aucune maladie infectieuse.

C'est une nerveuse. Facilement elle s'émotionne, pour un rien elle pleure, elle est sujette à des lipothymies, a des tendances à la syncope, mais jamais n'a eu des crises convulsives.

Pas d'enfants, pas de fausses-couches.

Dans la première quinzaine de juin, dernières règles ; dans la deuxième quinzaine de juin, vomissements.

5 mois après, en novembre, douleurs abdominales très vives, puis ces douleurs se calment jusqu'en avril ; en avril de nouveau les douleurs surviennent qui la font adresser à M. Doléris le 24 du même mois.

Examen. — Col repoussé en avant, dans le cul-de-sac postérieur, mais assez dur, un peu douloureux, qui se poursuit à gauche ; l'ensemble gros comme un petit poing. Combiné au toucher, le palper fait reconnaître que cette tuméfaction est en partie constituée par les annexes gauches englobées par un épanchement sanguin.

Le 27 avril, opération. — Masse sanguine, dans le cul-de-sac postérieur de couleur chocolat, les intestins placés au-dessus adhérent ainsi qu'à la trompe gauche. Celle-ci est kystique et l'on perçoit une rupture nette obstruée presque par un caillot.

Cette trompe kystique est très volumineuse, et contient un fœtus présentant les dimensions suivantes :

Fœtus : longueur, 0,42.

» Poids, 2020 gr.

Diamètre, SO. B. = 9.

» Bip. = 7.

» Biau. = 11.

Cordon : 15 centim. de longueur.

Masse placentaire : = 500 grammes.

Suites opératoires normales. — Guérison.

OBSERVATION VII

Madame M..., C., 27 ans.

Père mort à 33 ans, variole.

Mère morte à 31 ans, suite de grossesse gémellaire.

Femme grande, nerveuse, sujette aux lipothymies; quelquefois des syncopes, jamais de crises convulsives; est mélancolique, bien réglée.

C'est une femme aux tissus flasques et mous, ayant une laxité de la paroi abdominale, une ptose viscérale; pendant

longtemps a porté un pessaire pour prolapsus utérin, elle a eu de la leucorrhée.

Son col utérin était gros et sa matrice était toujours un peu basse.

En avril 1896, ses règles n'apparaissent pas.

* En mai, crises douloureuses atroces, faiblesse extrême, pâleur, dyspnée, rend des peaux : il y eut dix crises semblables jusqu'en juillet.

A la dernière crise qui eut lieu en juillet 1896, on la transporte à l'hôpital, l'état est grave, il n'y a pas de fièvre, le pouls est à 112, petit. Au toucher, masse pelvi-abdominale adhérente à gauche.

Opérée le 27 juillet.

Laparatomie. — Inondation pelvi-péritonéale, trompes à parois épaissies, fœtus au centre, anses intestinales adhérentes à la trompe, caillot diffus dans le bassin.

Extirpation Ligature. Nettoyage. Drain, qu'on enlève le 3^e jour.

Suites bonnes. — Guérison.

II

Il importe maintenant de démontrer que la grossesse extra-utérine est une affection qui ne survient pas indistinctement chez telle ou telle femme atteinte ou non de lésions annexielles. Celles-ci ont principalement été invoquées quand elles sont légères, pour expliquer, donner la pathogénie de cette lésion ; mais, dans la plupart des cas, n'observe-t-on pas la grossesse extra-utérine chez des femmes qui ont un passé génital absolument net, chez lesquelles on ne peut arguer d'une maladie de la trompe ou des ovaires. Sans doute une inflammation antérieure des annexes, quelques adhérences consécutives, une malformation du conduit excréteur des ovules, une persistance du type fœtal-flexueux de la trompe favorise la greffe ovulaire dans le conduit tubaire ; c'est là une raison mécanique, mais ce n'est point tout ; il faut voir, au-dessus du promontoire, rechercher dans l'état du sujet s'il n'est point une cause plus influente qui doive entrer en ligne de compte : En un mot, à côté d'un phénomène mécanique, la disposition tubaire, il y a un phénomène de biologie générale. L'arger dans sa thèse range toutes les anomalies de la gestation jusques et y compris la position droite de l'occiput parmi les stigmates obstétri-

caux de dégénérescence. On ne saurait aller aussi loin que cet auteur, répudier la loi d'accommodation de Pajot, dont on ne peut se passer, et sans laquelle l'obstétrique ne serait qu'un amas confus de faits inexpliqués : mais il en est tout autrement pour les grosses anomalies et spécialement pour la grossesse extra-utérine qui nous semble être un stigmate de dégénérescence au premier chef. S'il est une partie de la biologie où la dégénérescence doive s'exercer, où son action doive se manifester d'une façon directe, n'est-ce pas la gestation et la gestation hétérotypique. Etant donné cette anomalie, cette ectopie dans l'éclosion de l'œuf, nous pouvons conclure à des antécédents héréditaires, soit névropathiques, soit psychiques, soit tératologiques, à des antécédents de dégénérescence de l'un des générateurs surtout de la femme. Nous avons donc des malades, chez qui il faut observer, rechercher les stigmates de dégénérescence, soit physiques et moraux, c'est-à-dire tératologiques, psychiques et névropathiques, stigmates bien étudiés par Morel, par Magnan, Moreau de Tours et surtout par Féré ; soit obstétricaux, étudiés par Larger, dont la grossesse extra-utérine nous paraît être une des meilleures manifestations et parmi lesquelles il faut ranger, tout ce qui est anormal, aphysiologique dans la conception, la grossesse ou l'accouchement. Dans la recherche de ces antécédents il ne faut cependant point oublier qu'un stigmate de dégénérescence dans une famille peut se transformer ; des stigmates obstétricaux se

transforment en stigmates physiques ou en stigmates moraux. Les stigmates obstétricaux eux-mêmes se modifient et se manifestent par d'autres anomalies de la gestation.

Voici deux schémas d'observations où se voit cette hérédité par transformation (Layeret Roy) :

A). — *Transformation des stigmates obstétricaux entre eux :*

Première génération. — Grand'mère : présentations anormales.

Deuxième génération. — Fille : avortements, hydramnios, etc.

Troisième génération. — Petite fille : gemelliparité, grossesse extra-utérine.

B). — *Transformation des stigmates moraux en stigmates obstétricaux.*

1^{re} Génération. — Troubles mentaux. Epilepsie, etc., mais gestations normales.

2^e Génération. — Aucune tare physique ou morale, mais gestations anormales.

3^e Génération. — Troubles mentaux. Epilepsie.

Déjà depuis longtemps l'on s'était demandé (Bourneville), si les enfants idiots, arriérés, n'avaient pas été conçus dans l'alcoolisme.

Féré dans sa *Famille névropathique* rangeait la stérilité, la gemellité et l'avortement. Il faut d'ores et déjà y ranger la grossesse extra-utérine.

Ce qui diminue l'importance des stigmates de dégénérescence c'est leur fréquence, leur banalité. Trop de sujets ont des modifications morphologiques du lobule de l'oreille, trop de sujets ont quelques troubles psychiques et névropathiques. Dans la grossesse extra-utérine toutes les conditions sont requises pour que le fœtus n'arrive pas à terme et l'évolution de cette gestation tubaire n'est en réalité qu'une évolution, une série de complications, d'accidents, qui non seulement font succomber le fœtus mais menacent la mère. Or, Morel et bien d'autres auteurs ont montré avec quelle rapidité s'éteignent les familles d'aliénés. C'est propre à la dégénérescence de tendre à la stérilité, à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants.

Chez les races saines, chez les campagnards par exemple, l'accouchement se fait avec une facilité remarquable; il se ramène purement à une fonction physiologique : la grossesse extra-utérine se voit exceptionnellement dans ce milieu. A la ville, au contraire, où les gens sont surmenés, en proie d'autre part à l'alcoolisme, à la tuberculose, à la syphilis, les tares de dégénérescence sont nombreuses dans les familles; la grossesse extra-utérine est plus fréquente, et c'est parce qu'il y a plus de dégénérés qu'il y a plus de gestations ectopiques. Dans certains cas, la diathèse malformatrice est acquise, la femme n'est dégénérée ni par elle-même ni par ses antécédents, elle contracte alors ce que Krafft-Ebnig dans son *Traité clinique de psychiatrie* appelle une névro-

pathie acquise, ce que M. le professeur Joffroy, désigne sous le nom de dégénérescence acquise. Ce sont des femmes qui ont pu accoucher normalement, puis une maladie grave est survenue, des accidents nerveux se sont produits, et la grossesse se fait hétéroclitement. Puis la guérison survient et de nouveau elles accouchent normalement.

Peut-être faut-il même faire jouer un rôle à la consanguinité : l'on sait, en effet quel développement intense produit sur les tares dégénératives la consanguinité.

Ce qu'il est encore intéressant de noter, c'est que l'affection qui nous occupe coexiste souvent avec d'autres anomalies.

Browne, Gutzviller, Parry, Brodier, Cestan, Larre, ont pu établir ainsi que la gémelli-parité se trouve être quatre fois plus fréquente dans la grossesse extra-utérine que dans la grossesse normale.

Les deux fœtus peuvent être tous deux dans un même sac tubaire, ou bien l'un se développer dans l'utérus et l'autre dans la trompe ou le péritoine ; c'est la variété la plus habituelle.

Walther cite un cas où l'utérus était didelphe, le fœtus était dans une trompe : dans la partie droite un placenta, un cordon et des membranes, dans la partie gauche, une caduque épaisse.

Ebnig rapporte l'observation d'un utérus bicorne ; deux fœtus occupaient chacun la corne de la trompe correspondante.

Dionis, Küssmaul, Heyfelder, Rokitansky, Barnes

et Courty ont décrit comme coexistant avec des grossesses extra-utérines des malformations de l'utérus, utérus double, bicorne ou unicorne.

En outre de la gémellité, on note encore chez les multipares qui ont eu des grossesses extra-utérines l'avortement ; il est aisé des'en rendre compte par la lecture des observations consignées dans les thèses de Schuhl et de Funck-Brentano.

Varnier et Leris disent de plus qu'une grossesse survenant après une grossesse extra-utérine est une fois extra-utérine pour deux ou trois fois utérine.

En un mot elle est récidivante.

OBSERVATION XIII (LARGER)

Clinique Baudelocque, 1900.

Femme névropathe, peut-être tuberculeuse. De père et mère normaux. 1 frère et 1 sœur morts tuberculeux. 1 sœur morte de méningite à 5 ans.

Elle a d'un : 1° père normal, à antécédents normaux, un fils aujourd'hui âgé de 19 ans, bien portant, qui naît à terme, normalement.

Elle a ensuite d'un : 2° amant avec lequel elle vit maritalement et qui est mélancolique, fils d'une mère morte aliénée à Ville-Evrard et d'un père mort tuberculeux, successivement : 3 avortements de 2 mois et finalement *une grossesse ectopique*.

OBSERVATION XIV (LARGER)

Clinique Baudelocque. 1900.

Deux grossesses normales et à terme. Les époux X.... achètent un fonds de marchand de vins et s'alcoolisent rapidement tous les deux. La femme devient enceinte une 3^e fois dans ces conditions: *grossesse ectopique* de 14 mois.

OBSERVATION XII (LARGER)

Hôpital Broea

Il s'agit ici d'un cas d'hérédité homologue de la grossesse extra-utérine (p)

Femme: Convulsions infantiles. Strabisme.

Sa mère: Strabisme, hystérique, 2 grossesses.

I. F. — 9 — 0. 2. — Grossesse ectopique.

1^o *Mari*: Mort tuberculeux.

Sa mère (normale (p)), 4 enfants, 3 morts de (p)

Son père mort tuberculeux à 50 ans.

(En 1863, dit la mère, après des hémorrhagies qui durèrent 3 mois, elle entra à l'hôpital de la Charité où on lui fit l'ablation par le vagin d'une tumeur à contenu liquide, qu'on lui dit s'être produite « à la suite d'une grossesse. »

Sa grand'mère maternelle : tuberculeuse (?), crises hystériques fréquentes, strabisme, hémorrhagies durant ses grossesses.

Son père, mort à 43 ans, d'accidents cérébraux alcooliques.

1. *Grossesse.*

1. F. — 9 — 0. — Convulsions infantiles. Tousse.

2^o *Mari*, vie déréglée.

6 Grossesses.

2 F. — 9 — 0. Tuberculeuse.

3 F. — 9 — 0.

4 F. — 9 — 0. Rachitisme.

3 F. — 9 — 0. Tuberculeuse.

6 M. — Grossesse ectopique (fœtus de 21 centimètres retiré par laparatomie.) (N^o 2739-1894).

7 F. — 9 — 0. Convulsions infantiles.

Nota. — Ce cas se fait remarquer par la parfaite régularité des couches précédant et suivant la grossesse ectopique : ce qui est contraire à l'habitude.

OBSERVATION XXVI (LARGER)

Ici se voit la transformation héréditaire collatérale entre la grossesse gémellaire, la grossesse ectopique et les anomalies placentaires.

Mari : mort de cirrhose alcoolique du foie.

Parents : (?)

4 Grossesses.

1 ? — Avortement de 4 mois 1[2.

2 — F. — 9. — Siège. Morte de méningite à 5 ans.

3. — Grossesse ectopique. Hématocèle rétro-utérine guérie par incision du cul-de-sac postérieur. Expulsion d'une caduque par l'utérus et de débris embryonnaires par l'incision.

4 F. — 9 — 0.

OBSERVATION IX (LARGER)

Dans cette observation se voit la transformation héréditaire collatérale entre l'avortement, la gemellité, les anomalies placentaires, et la grossesse ectopique.

Femme : Hystérique.

Sa mère : normale (?), 9 couches normales.

Son père : alcoolique.

Mari : alcoolique.

Parents : (?)

Frère : chorée à 9 ans.

Sœur : gemelliparité.

} M. morts tous deux de convulsions.
{ M. 5 mois.

Sœur : normale, ; 5 enfants nés très normalement à terme ;
à la 3^e grossesse : hémorrhagies.

2 enfants morts de convulsions en bas âge.

OBSERVATION XIII (HAYEN).

(Clinique Baudelocque. — Transformation de l'avortement
en grossesse ectopique).

Femme ; névropathe, tuberculeuse ?

Sa mère : morte de cancer de l'estomac (44 ans) 5 cou-
ches, 1 avortement.

Son père : normal (?).

Frère : mort tuberculeux.

Sœur : morte tuberculeuse à 24 ans.

Sœur : morte de méningite à 5 ans.

1 Grossesse.

1. — M — 90.

2^e mari mélancolique.

Sa mère morte, aliénée à Ville-Evrard.

Son père mort tuberculeux.

4 Grossesses

2 — 2 — Avortement.

3 — 2 — Avortement.

4 — 2 — Avortement.

5. Grossesse ectopique (tubaire).

OBSERVATION XV (LARGER). *Hôpital Broca.*

Mme B..., rue du Banquier, Paris. Hérité par transformation directe et collatérale de l'avortement en grossesse ectopique.

Femme : crises épileptiques depuis sa première grossesse.

Mère : morte de maladie de foie à 49 ans (alcoolique (?),
11 enfants, 9 vivants, 9 avortements.

1 frère : mort de méningite.

1 frère : hystérique.

3 autres frères morts de convulsions infantiles.

1 sœur ; crises hystériques, 6 enfants, 2 vivants : les 4
autres morts de méningite, 1 avortement.

Mort : alcoolique, mélancolique.

Sa mère : 8 enfants, 5 vivants.

Son père : alcoolique, suicidé (pendu).

3 frères et sœurs ; morts en bas âge.

1 sœur : très nerveuse.

4 Grossesses.

1 M. — 9 — mort à 16 mois de diarrhée.

2 — 2 — avortement.

3 M. — 9 — 0 mort de méningite à 3 ans 1/2.

4 grossesses extra-utérines de (?) mois. (colpotomie).

III

Il nous paraît intéressant de montrer, que dans certaines affections génitales, et principalement dans la grossesse tubaire, il faut faire jouer un rôle à l'état des tissus en général.

Il y a, entre les divers organes de l'économie et l'appareil génital, d'étroites relations établies par le sympathique; l'on sait quels sont les désordres généraux, qui, par son intermédiaire peuvent se produire. Estomac, foie, reins, montrent le contre-coup des perturbations génitales.

Il faut se souvenir, dit Sneguireff, qu'au point de vue fonctionnel, les appareils génital et gastro-intestinal sont connexes. La gestation, la menstruation, l'ovulation, l'endométrite, les affections ovariennes influent sur le tube digestif. Quelquefois, il est difficile étant donné un cas complexe, de discerner d'une symptomatologie abdominale et pelvienne, ce qui est primitif et ce qui est secondaire.

Les affections gastriques, les ptoses viscérales et la grossesse extra-utérine ne sont point une simple coïncidence, il n'y a pas entre elles une relation purement fortuite, mais l'une et l'autre relèvent

peut-être d'une même cause, elles sont souvent contemporaines sans pour cela que l'on puisse dire que l'une a provoqué l'autre :

Les femmes qui sont atteintes de grossesse extra-utérine sont fréquemment des débiles, des hyposthéniques, chez elles la résistance vitale est moindre.

La sangle abdominale est lâche, elle perd sa tonicité, il en résulte un certain degré de viscéroptose avec le cortège habituel des troubles dyspeptiques, c'est l'estomac qui se relâche, qui se dilate : le foie qui descend, le rein qui se ptose. Tous les tissus, tous les organes sont plus vulnérables et c'est dans les plexus nerveux, la circulation, qu'il faut chercher la raison de cette vulnérabilité. Ce sont des malades atteintes à un degré plus ou moins avancé de l'entéroptose ou maladie de Glénard.

Les causes de l'entéroptose sont pour beaucoup dans le relâchement post-puerpéral de la paroi abdominale, relâchement de l'appareil musculo-ligamenteux qui soutient l'utérus, relâchement du ligament infundibulo-pelvien, du ligament cardinal inférieur, d'une chute de l'utérus et des annexes possible.

La trompe donc se relâche comme les muscles pariétaux de l'abdomen ; c'est sa musculature externe ou appareil ligamenteux, qui défaille ; d'où le prolapsus tubo-ovarique dans le cul-de-sac de Douglas, c'est sa musculature interne qui est atone, d'où défaut de contraction, absence de ce péristaltisme nécessaire au cheminement de l'ovule fécondé vers la cavité utérine.

Normalement, les trompes sont transversales, on, conçoit que leur chute, leur déclivité est loin de favoriser l'évolution de l'ovule, et cette chute des annexes qu'on constate assez souvent dans les laparotomies, a été observée depuis longtemps.

Pozzi, en 1901, proposait déjà la salpingorrhaphie. Clado, un peu plus tard, l'ovaro-salpingo-syndèse ou soudure de 2 organes. Richelot, Tuffier, Polk, ont fait l'oophoropexie, l'ovaropexie.

Sanger appelait cette opération la *pelvifixure ovariorum*, Hirtz pratiquait la fixation de l'ovaire, Goldspohn de même. Il est bon d'ajouter qu'ici il ne s'agit pas comme pour le rein par exemple d'une organopexie directe, mais indirecte plutôt, car on ne fixe en réalité pas l'organe lui-même mais ses ligaments. Montprofit, Faure (*Gynécologie*, 1903), tour à tour ont traité ce sujet.

Ces salpingorrhaphies pour ptoses tubo-ovariques ont donc pour effet de rétablir la direction primitive, régulière, normale de la trompe pour la rendre plus prête à favoriser la marche de l'ovule.

Un point qu'il est intéressant de faire connaître, très rapproché de ce que nous venons d'étudier, c'est le rôle des vaisseaux : l'appareil musculaire et l'appareil vasculaire subissent une dystrophie semblable, de même nature, il y a ptose musculaire, il y a ptose vasculaire, mais pour les vaisseaux, la dystrophie, la ptose se traduit par l'ectasie, l'état variqueux.

La disposition variqueuse des vaisseaux, mais sur-

tout des vaisseaux tubaires nous paraît de même jouer un rôle primordial dans la pathogénie de la gestation ectopique.

Si l'on se reporte aux figures de trompes dans nos *Traitées classiques d'Anatomie*, si l'on se reporte à la thèse de Remond, que l'on étudie les planches de Bland Sutton (*Surgical diseases of the ovar., and Fallop. tub.*), l'on voit que les trompes sont souvent contournées, flexueuses; parfois cet état est tellement marqué qu'on peut dire le mot de circonvolutions tubaires; cet état est surtout marqué pendant la grossesse; les auteurs, les anatomistes l'ont constaté, mais on ne s'est point demandé le pourquoi?

Le plus souvent ces bosselures, ces flexuosités sont dues aux vaisseaux; les vaisseaux et surtout les veines tubaires, avant de pénétrer dans les tuniques de cet organe se disposent en cerceaux autour de lui. Il est aisé de se rendre compte de cette disposition en étudiant les planches de Hirtz et de Rottenstein. Les vaisseaux extasiés, le varicocèle tubo-ovarien, en même temps qu'il allourdit et détermine des ptoses tubo-ovariques, agit par un mécanisme divers pour retarder l'évolution de l'ovule. L'anse vasculaire, estasiée presse sur la trompe, la déforme, la comprime, dans l'intervalle de 2 anses vasculaires, il y a une hernie tuniquaire de la trompe, la formation d'une sorte de sinus tubaire; il en résulte que la trompe présente un aspect moniliforme, un aspect boudiné, et chacun de ces étranglements devient un détroit difficile à franchir pour l'œuf fécondé.

Depuis très longtemps, notre maître, M. le Docteur Doléris a observé et étudié cette influence de la ptose musculaire et le rôle des vaisseaux dans la pathogénie de la grossesse ectopique.

Depuis longtemps déjà, il a montré dans les ptoses génitales le rôle important qu'il faut assigner à l'élément nerveux, musculaire et vasculaire qui constitue bien une trilogie en cause.

Nous avons montré le rôle des vaisseaux, leur atonie et comment ils agissaient dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe, comment les trompes alourdies et étranglées se trouvaient plus aisément prêtes à la gestation ectopique.

Quant au rôle musculaire il ne faut point considérer l'atonie des appareils suspenseurs, ligament infundibulo-tubo-ovarien et la musculature pariétale de la trompe, mais aussi la faiblesse du diaphragme pelvien, l'atonie du releveur anal.

A l'élément musculaire et fibreux il faut ajouter le tissu adipeux qui, lui aussi, a son importance dans l'architecture pelvienne, et qui, par son appauvrissement, sa diminution, favorise les ptoses génitales. (Doléris. *Gyn.* 1903. *Ptoses génitales*).

Sous l'influence de la dystrophie générale qui accompagne certaines névropathies, à la suite de ces crises singulières d'amaigrissement rapide qui s'observent parfois chez les neurasthéniques à la disparition plus ou moins complète du pannicule cellulo-adipeux succèdent :

1° Une diminution relative de la masse contenue

dans le bassin et une augmentation proportionnelle de la capacité pelvienne, d'où tendances à des changements de position des organes logés dans le pelvis, inclinaisons, luxations, affaissements ;

2° L'allongement et l'affaiblissement des tractus ligamenteux et des gaines vasculaires qui sont le résultat direct de la résorption rapide du tissu cellulo-adipeux ;

3° L'amaigrissement des cloisons intermusculaires du plancher du bassin et une hypostase relative dans la sphère de distribution des vaisseaux pelviens, qui favorise les congestions passives et le prolongement anormal des règles.

Disons maintenant un mot sur l'action de l'élément nerveux. Ces phénomènes musculaire et vasculaire, d'ordre paralytique, se rencontrent fréquemment chez les nerveux, les neurasthéniques à forme dépressive, les névropathes avérés.

La dilatation atone de l'estomac, l'ectasie de l'appareil digestif, une monoplégie flasque ne paraît pas différer beaucoup d'une atonie du vagin ou du rectum, d'une paralysie sphinctérienne de la vessie, d'un relâchement du plancher pelvien, ou de l'atonie paralytique des ligaments utérins (Dolérís), ou encore d'une ptose tubo-ovarique. On a incriminé le surmenage, mais l'influence du système nerveux, apparaît encore en ce sens que les fonctions de nutrition régies par un système nerveux ou vicié, ou altéré, sont insuffisantes à créer une compensation hyper-

trophique que réclamerait l'excès de fatigue ou d'effort.

Cet état d'équilibre neuro-musculaire parfait ne se rencontre que chez les femmes qui jouissent de l'existence simple, surtout à la campagne.

Un bel exemple, une preuve démonstrative de l'action paralytique nerveuse sur les ptoses, nous est donné par une observation de Doléris, publiée en juin 1898, dans *La Gynécologie*. M. Doléris fait remarquer l'action de la moelle lombaire, révélée par la ptose génitale constante, alliée à d'autres ptoses, telles que hernie du rectum, paralysie des membres inférieurs, pied-bot, etc., dans le spina bifida.

Notre maître fut frappé de constater, chez une fille, dès la naissance, un léger prolapsus du col utérin, en même temps que de la muqueuse rectale. Dans les quelques jours qui suivirent la naissance et jusqu'à la mort, le prolapsus ne fit que s'augmenter dans des proportions telles que tout l'appareil génital, grâce au renversement complet du vagin, fit hernie à la vulve sous forme d'une tumeur volumineuse. L'enfant mourut.

Le segment lombaire de la moelle était réduit à quelques filaments insuffisants, de telle sorte que l'action trophique et motrice sur l'appareil génital était complètement annihilée.

M. Doléris signale chez les malades atteints de grossesse tubaire, la dysménorrhée pseudo-membraneuse, elles ont de la dysménorrhée pseudo-membraneuse comme elles peuvent avoir de l'entérite

muco-membraneuse, autre processus trophoneurotique, de la même façon qu'elles font des lipothymies et du vertige ; ce sont tous signes similaires, des équivalents, tous « monnaie d'une même pièce » pourrait-on dire, manifestations diverses d'un même état général.

Ces femmes sont des multipares, à tout le moins ce ne sont qu'exceptionnellement des primipares ; dans les observations on retrouve toujours ou à peu près des accouchements antérieurs. Cela corrobore bien ce que nous avons dit de l'influence des ptoses sur la gestation tubaire. Défaut de résistance des tissus, trompes déviées, défaut de péristaltisme tubaire, peut-être aussi ovules imparfaits, tels sont les éléments qui doivent être placés en ligne de considération dans l'étude de la parturition tubaire.

Les rapports qui existent entre les ptoses viscérales et les affections génitales ont été bien mis en lumière par notre maître, M. Doléris, ainsi que cette relation qui en découle entre la grossesse extra-utérine et la viscéroptose.

IV

Il faut aussi peut-être dans l'étude clinique de la grossesse extra-utérine, approfondir l'interrogatoire de ces malades, rechercher l'influence de la frayeur, de l'émotion ; ces causes dynamiques doivent certainement agir. Une frayeur pendant la copulation, une émotion profonde quelque temps après. Faut-il admettre comme pathogénie un spasme du conduit excréteur de l'ovule, ou bien une commotion détermine-t-elle une paralysie de cet organe. Une frayeur violente a pu de même être incriminée et par des auteurs dont l'opinion pèse, tels que Baudelocque, Bellevier et Lallement.

Jackson a vu de ces gestations anormales probablement dues à des violences exercées sur le ventre, de même Dezeiméris cite un cas dans lequel un traumatisme porté sur le ventre, peu après le coït, parut être la cause de la grossesse ectopique.

Ce rôle des sensations morales, de la crainte, de la frayeur, de la terreur au moment du coït a été signalé par Astruc. Il dit, en parlant des cas qui nous occupent : « Elles sont plus ordinaires chez les filles et les veuves et surtout chez les filles et les

veuves qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite, y ont beaucoup de part. Ce que l'on note dans les observations de Baudelocque, de Bellevier, de Guillemot, de Desgranges, c'est une frayeur violente au moment de la conception, c'est un bruit inattendu, la crainte d'être surprise en flagrant délit, qui sont soupçonnées d'être la cause de l'ectopie ovulaire.

V

Dans certaines observations de grossesse extra-utérine, avec ou sans hématocele, M. Doléris a trouvé avec une certaine fréquence un symptôme délaissé par les auteurs : le vertige.

Le vertige comme l'a dit Guéneau de Mussy, est une erreur de sensation sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personne ou les objets environnants sont animés d'un mouvement giratoire ou oscillatoire. Il est deux variétés de vertige : le vertige rotatoire, celui de la valse, et le vertige galvanique.

Quand les deux électrodes sont placés sur l'apophyse mastoïde d'un sujet, les objets environnants se déplacent de l'anode vers le cathode, inversement à l'ouverture du courant c'est-à-dire du pôle négatif au pôle positif : c'est le vertige galvanique.

Les célèbres expériences de Flourens ont montré que les canaux semi-circulaires nous renseignent sur l'orientation de notre tête et de notre corps dans l'espace. Vertige galvanique et vertige rotatoire ont leur origine dans une irritation des canaux semi-circulaires. La racine verticulaire se termine dans le cervelet (*vermis*).

Le vertige prend son origine soit au centre, soit à la périphérie, le vertige n'est pas nécessairement un trouble cérébral, comme celui de l'épilepsie, des lésions cérébrales, de la sclérose en plaques : il est des vertiges sans substratum anatomique, tel est le vertige mental, névropathique d'une nature tout à fait particulière. Il est des vertiges d'origine toxique, infectieuse. Enfin il en est d'origine réflexe, ce sont ceux-là qui nous intéressent.

Un exemple en est donné par le vertige stomacal, (*vertigo a stomacho laero*) il survient à jeun ou bien 3 heures après un repas, il est lié à la dyspepsie par hypopepsie ; on le voit alors accompagné de douleurs épigastriques, de flatuosités, d'éruclation acides, vomissements glaireux, alimentaires avec constipation. La crise n'est jamais foudroyante, toutefois ce vertige peut acquérir une grande intensité comme le vertige auriculaire et produire le mouvement giratoire intense.

Quelquefois le point de départ du réflexe au lieu d'être dans l'estomac se trouve dans l'intestin (*vertigo ab intestino laero*), c'est celui que l'on voit chez les malades atteints de vers intestinaux.

Vertige par réflexe, celui-là encore qui se rencontre dans les affections de l'utérus, principalement dans les cas de déviations utérines. Pendant la grossesse il n'est point rare de rencontrer les évanouissements surtout à la période initiale, à tel point que pour un grand nombre de femmes, c'est un signe qui leur sert à reconnaître leur état. La pléthore générale pro-

voquée par la suppression des règles, la gêne de la circulation abdominale, peuvent être la cause de ces vertiges.

C'est à ces mêmes troubles que doivent être dus les vertiges survenant au moment de la ménopause.

On a même été plus loin et l'on a soutenu que, de même que le vertige traduisait parfois l'état de souffrance de l'estomac, il pouvait traduire la souffrance de l'organe utérin ; on a fait du vertige un symptôme du cancer utérin.

Les femmes atteintes de grossesse extra-utérine ont parfois des vertiges ; elles ont, il le faut dire, plusieurs titres pour présenter ce symptôme ; ce sont parfois des viscéroptosiques, c'est-à-dire des nerveuses des neurasthéniques, c'est par leur estomac, leur intestin qui est en souffrance qu'elles présentent encore ce symptôme. Elles sont en outre en état de gestation, nouvelle raison. En troisième lieu leur trompe est malade, il s'agit alors d'un réflexe tubaire et c'est peut-être la raison la plus logique qu'il faille invoquer.

CONCLUSION

1° Dans l'étude clinique de la grossesse extra-utérine il faut surtout s'attacher à la première période dangereuse, c'est à ce moment là qu'il importe de faire un diagnostic précoce, celui-ci comporte en même temps une indication impérieuse d'agir, il faut se comporter vis-à-vis d'elle comme à l'égard « d'une tumeur maligne » (Pinard).

2° Parmi les signes présentés par les femmes en état de gestation ectopique, il est intéressant de rechercher les tares de dégénérescence, car indépendamment du mécanisme, la cause primordiale de cette affection, la cause des causes comme disait Trélat père, paraît quelquefois résider dans une tare dégénérative du sujet.

3° Les femmes ont souvent un passé héréditaire nerveux ; dans certains cas, on a noté des chagrins, des secousses morales au moment de la conception. Nous ajouterons pour notre compte le surmenage psychique et la neurasthénie.

4° Il est trois symptômes auxquels on n'a pas accordé toute l'importance qu'ils méritent, ce sont :

les lipothymies, des vertiges en dehors de ceux appartenant à l'hémorrhagie la dysménorrhée pseudo-membraneuse (Dolérís).

5° D'après M. Dolérís, ces femmes sont souvent des débiles, des hyposthéniques, des « méiopragiques », souvent chez elles on trouve des ptoses viscérales.

La musculature des parois abdominales et celle des vicères de l'abdomen présente de la laxité comme doit en présenter la trompe ; le manque de tonicité dans les parois musculaires de celle-ci expliquerait la faiblesse de ses mouvements actifs (analogue au péristaltisme intestinal), voire l'atonie complète du conduit tubaire capable d'arrêter la marche de l'ovule fécondé vers l'utérus, de l'immobiliser en un point déterminé de la trompe.

A côté de la ptose tubo-ovarique, de l'atonie salpingienne, M. Dolérís fait volontiers jouer un rôle à l'ectasie vasculaire et principalement veineuse.

Les veines salpingées se disposent autour de la trompe en cerceaux et dépriment quand elles sont extasiées le conduit tubaire. Entre deux anses vasculaires celui-ci se boursoffle, se dilate, chacun de ces rétrécissements devient un détroit difficile à franchir pour l'ovule, chacun de ces sinus un lieu d'élection pour s'y fixer ; cet aspect moniliforme, flexueux (circonvolutions tubaires quand il est porté à son maximum) serait volontiers une cause prédisposante à la grossesse extra-utérine.

En résumé qu'elles soient vertigineuses, dysmé-

rorrhéiques ou ptosiques, que nos malades soient atoniques de par leur cerveau ou par leurs organes, un trait d'union patronymique réunit tous ces signes. Lipothymies, vertiges, dysménorrhée, ptoses viscérales ne sont que symptômes similaires, des équivalents, tous « monnaie de même pièce » est-il permis de dire, tous manifestations diverses d'un même tempérament et celles-là surtout qui en sont affligées, ces diasthésiques nous paraissent entre toutes aptes aux gestations ectopiques.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Mauriceau.* — Traité des maladies des femmes grosses. T. I,
page 12; 1740.
- Levret.* — L'art des accouchements, 1766.
- Laugier.* — Journal de médecine et de chirurgie. T. XLI,
1774.
- Clarke.* — Philadelphia museum, 1806.
- Baudelocque.* — L'art des accouchements. T. I, 1815.
- Breschet.* — Mémoire sur une nouvelle grossesse extra-utérine, 1826.
- Velpéau.* — Traité d'accouchement. Tome I, 1835.
- Baudelocque.* — Archives générales de médecine, 1825.
- Guillemot.* — Archiv. génér. de médec. T. XXVIII, 1832.
- Dezeimeris.* — Journal des connoiss. médico-chirurg., 1837.
- Puchelt.* — Observ. de Stein. Comment. de tum. in pelvi
partum imped., 1840.
- Jacquemier.* — Manuel des accouchements. T. I, 1846.
- Kiwisch.* — Klin. Vortraege, III. Prog., 1852.
- Oulmont.* — In. Moreau. Th. d'agrégation. Paris, 1853.
- Beck.* — Illustr. méd. Z. Bd., 1852.
- Bachetti.* — Gaz. med. ; Ital. feder. Toscana, 1853.

Virchow. — Gesammelte Abhandl, 1856.

Hecker. — Monatsschr. f. Geb. Bd. XIII, 1859.

Hutchinson. — Medic. Times a Gaz, août, 1860 et Lancet,
1873.

Lecluyse. — Bulletin acad. roy. med. belge, 1861.

Walter. — Monatssch. f. Geb. Bd. XVIII, 1861.

Joulin. — Th. d'agrégation. Paris, 1863.

Breslau. — Monatssch. f. Geb, Bd. XXI, 1863.

Hugenberger — Analyse in Monatssch. f. Geburts. Bd. XXII,
1863.

Haydon. — Obst. transactions, 1864.

Friedreich. — Virchow's Archiv. Bd. XXIX, 1864.

Wagner. — Archiv. der Heilkunde, 1863.

Baart de la Taille. — Analyse in Schmidt's Jahrbuch. p. 190.

Braxton Hicks. — Obstetric transact, p. 57, 1868.

Sale. — New-Orléans Journ. of. med. oct. 1870, et Amer.
Journ. of. obstetric. vol. p. 655.

Hennigsen. — Archiv. f. Gynaek. Bd. I, 1870.

Cazeaux et Tarnier — Traité d'accouchements, 1870.

Spiegelberg. — Archiv. f. Gyn. Bd. 1878, et Lehrb. d. Geb.
878.

Argles. — The Lancet, 1871.

Keller. — Des grossesses extra-utérines. Th. de Paris, 1872.

Courty. — Maladies de l'utérus, 1872.

Meadows. — Obstet. Transactions, 1873.

Behier. — Gazette hebdomadaire, 1873.

Duquet. — Ann. de gyn. avril et mai 1874.

Barnes. — Traité des maladies des femmes, 1876.

- Bandl.* — Wiener med. Wochensch., 1874, et Die Krankheiten des Tuben, in Deutsche. Chir, von, Billroth. Lief. 1886.
- Duboué.* — Archives de tocol, 1874,
- Pajot.* — Annal, de gyn., 1874.
- Depaul.* — Archiv, de tocologie, 1874-75.
- Lawson-Tait.* — Lond. obstet. Transact. 1874. British. med. journ. 1884, et Traité des maladies des ovaires, trad. Olivier, 1886.
- Cohen.* — Deutsche Klinik, 1874.
- Fourrier.* — Bullet. gén. de thérapeutique, 1874.
- Féréol.* — Union médicale, 1875.
- Næggerath.* — Americ. journal of. Obstetrics, mai 1875.
- Chiari.* — Wiener med. Presse, 1876.
- Parry.* — Extra-utérine. Pregnancy (Bibliographic, 1876).
- G. Thomas.* — Americ. Journ. of. obstetr, 1876, Americ. Gyn. Transact., 1883-84.
- Galabin.* — Obstet. Transact., 1876.
- Hennig.* — Die krankheiten de Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart., 1876.
- Conrad et Langhaus* — Archiv. f. Gynæk, 1876.
- Cohnstein.* — Arch. f. Gynæk, 1877.
- Leopold.* — Arch. f. Gynæk, 1876. 1884.
- Mossé.* — Bulletin de la Société Anat. 1878.
- O' Hara.* — Americ. Journ. of. obstet., 1878.
- Dumontpallier et De Sinety.* — Ann. de gyn., 1878.
- Tarnowsky.* — Pétersb. med. Wochensch.
- Puech.* — Ann. de Gyn., 1878.

Puech. — Gaz. obst., 1879.

Bernutz. — Gaz. obst., 1879.

Fraenkel. — Arch. f. Gyn. Bd. XIV, et Breslauer Aertze Zeitsch.
1882.

Volkmann's Sammlung., 1882.

Ahlfeld. — Centralb. f. Gyn., 1879.

Kuechenmeister. — Cent. f. Gyn., et Archiv. f. Gynaek, 1881.

Wilson — Americ Journ. of. obstet., 1880.

Litzmann. — Arch. f. Gynaek, 1881.

Deschamps. — Thèse de Paris, 1880.

Lusk. — Americ. Journ. of. obstet., et trad. Doléris, 1885.

Kaltenbach. — Archiv. f. Gynaek, 1881.

Martin. — Berlin. Klin. Wochensch., 1881.

Browne. — Amer. Gyn. Transact. et Ann. de Gyn., 1883.

Werth. — Arch. f. Gyn., 1882.

Chevallier. — Arch. de tocologie, 1882.

Graedel. — Arch. f. Gyn., 1882.

Hayem et Giraudeau. — Arch. de tocologie, 1882.

Brouardel. — In thèse de Chayé.

Chayé. — Thèse de Paris, 1882.

Sappey. — Acad. des Sciences, 1883 et Union Méd., 1883.

Freund. — Centr. f. Gyn., 1883 et Edimb. Med. Journal.,
1883.

Schuhl. — Thèse de Nancy, 1883.

Petit. — Annales de Gyn., 1883.

Garrigues. — Amer. Gyn. Transact. 1883.

Maere. — Grossesse tubaire. Extrait des Annales de la Soc. de
Méd. de Gand., 1883.

Teuffel. — Arch. f. Gyn., 1883.

Sarrante. — Thèse de Paris, 1884.

- J. Veit.* — Die Eilerterschwangerschaft, 1884.
Schræder. — Lehrb. der Geburts, 1884.
Rennert. — Arch. f. Gyn., 1884.
Pinard. — Acad. de Médecine, 1884.
— Archives de tocologie, 1884.
— Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.
Article Gr. extra-utér., 1886.
Maschka. — Wiener med. Wochensch., 1885.
Negri. — Annali di osteti., 1885.
Braithwaite. — Obstet. Transact. 1886.
Maygrier. — Term. et trait. de la Grossesse extra-utérine.
Th. de concours, 1886.
P. Mundé. — Appendix to Cazeaux and Tarnier System of mid-
wifery, 1886.
T. Wyder. — Arch. f. Gynæk, 1886.
Stadfeldt. — Hosp. Tidende, 1886.
Trachet. — Archiv. de tocol. 1888.
R. Harris. — Extra-utérine pregnancy treated by cystectomy,
etc. (Americ., Jour. of med. sciences, septembre 1888.
Lazarewicz de Kharkoff Wratch. — Saint-Pétersbourg, 1886.
Breisky. — Wien. med. Presse, 1887.
L. Bruhl. — Arch. f. Gyn. 1887.
John Williams. — Transact. obstet. soc. Londres, 1887.
Eastman, d'Indiana. — Ann. journ. of. Obst. 1888.
Olshausen. — Deutsche med. Woch. 1890.
Treub. — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1888.
Lawson-Tait. — Ann. Journ. of. Obstet., 1888.
Carl. Braun. — Soc. obst. et gyn. de Vienne, 1889.
G. E. Reiss. — Soc. d'obst. et de gyn. de Kieff.
G. Lihotzky. — Wien. Klin. Woch. 1891.

Pinard. — Annales de gyn. 1889.

Werth. — Verhandl. der Versaml. der deutsch. bes. f. gyn.
Fribourg, 1889.

Hofmeier. — Cité par Falk. Tubo. ovarial Schwangerschaft.
1887.

Quénu. — Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie, 1889.

Wiedow. — Verhandl. des 3 congress. der deutschen Ges. f.
gyn. Fribourg, 1889.

Odenthal. — Centr. f. gyn. 1891.

Landau. — Journ. of. obst. 1891.

Pinard. — Semaine méd. 1891.

— Traité du Palper abdominal.

Dorff. — Ann. de gyn. 1890.

Tarnier et Budin. — Traité des accouchements.

Taylor. — Trans. of the obst. Soc. of London 1891.

V. Strauch. — St-Pétersbourg. Med. Woch, 1892.

Chroback. — Wien., med. Woch, 1892.

Lebec. — Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie, 1891.

Rochel (d'Anvers). — Soc. de gyn. et d'obst. de Bruxelles,
1892.

Sippel. — Deut. med. Woch, 1891.

Schneider. — Deut. med. Woch, 1892.

Frommel. — Munich, med. Woch. 1892.

Jouon. — Th. Paris, 1892.

Buiaud. — Th. Paris. 1892.

Price. — The. Amer. Lancet, 1893.

Johnson. — Th. de Paris, 1894.

Urbain. — Bull. de la Soc. Belge de Gyn. 1893.

- Guéniot.* — In Orillard,
Werder. — Med. Rec. 1894.
Reynier. — Bull. et mém. de la Soc. de chir. 1891.
Winckel. — Lehrbuch, der. Frauenkr. 1892.
Roncaglia. — Ann. d'obst. e gyn. 1892.
Pinard. — Bulletins de l'Acad. de méd. 1895.
A Reismann. — Centr. f. gyn. 1896.
Champneys. — Brit. med. journ., 1887.
Carl Braun. — Arch. f. gyn. 1890.
Cestan. — Th. Paris. 1894.
Wallich. — Revue d'obst et de péd., 1895.
Folet. — Ann. de gyn., 1896.
Bouilly. — Gyn., 1898.
Pozzi. — Traité de gyn.
Legueu et Labadie-Lagrave. — Traité de gyn.
Lepage. — Gyn. 1899.
Doleris. — Soc. obst. gyn. et péd. 1900.
Bouilly. — Pathologie externe. Tome IV.
Doleris. — Ptôses génitales (Gynécologie. 1903).
Aguinet. — Th. Paris, 1903.
P. Sfameni. — La Rassegna d'obst. e gyn., septem-
bre, 1903.
Jacobs. — Notes cliniques sur la grossesse tubaire, octo-
bre, 1903.

